

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Factores que se asocian con el inicio de la lactancia
materna precoz en puérperas primíparas del Instituto
Nacional Materno Perinatal : noviembre 2011 - enero
2012**

TESIS :

para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR :

Jacqueline Quispecondori Quispe

Rosa Rivas Cuno

ASESOR :

Emma Felicia Salazar Salvatierra

Elsa Vela Arévalo

Lima-Perú

2012

DEDICATORIA: Dedicamos el presente trabajo de tesis a Dios y a nuestros padres. A Dios porque ha estado con nosotros en cada paso que damos dándonos fortaleza para continuar, Y a nuestros padres, quienes a lo largo de nuestras vidas han velado por nuestro bienestar y educación, brindándonos apoyo emocional y comprensión a lo largo de nuestras vidas, depositando su entera confianza en cada reto que se nos presenta.

AGRADECIMIENTO

La realización de la tesis es un trabajo arduo, es por ello que su realización sería imposible sin la colaboración de los presentes.

A la Mag. Emma Salazar Salvatierra y Mag. Zaida Zagaceta, con especial afecto, por su incalculable ayuda A la realización de este trabajo.

A la Obst. Elsa Vela Arévalo por su gentil colaboración para la realización del presente trabajo.

A nuestros padres, por el apoyo incondicional que siempre nos han brindado a lo largo de nuestra vida.

A todas las mujeres entrevistadas, por permitarnos su colaboración para el presente trabajo.

A todas las personas que de alguna u otra Manera, tal vez sin saberlo, nos ayudaron y colaboraron con nosotras e hicieron posible la culminación de este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

METODO

1. Tipo de investigación
2. Población de estudio y muestra
3. Variables
4. Técnica e instrumento
5. Plan de recolección de datos
6. Plan de procesamiento presentación análisis e Interpretación de datos
7. Consideraciones éticas
8. Consentimiento informado

RESULTADOS

DISCUSION

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

1. Instrumento
2. Consentimiento Informado
3. Operacionalización de las Variables

RESUMEN
FACTORES QUE SE ASOCIAN CON EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA
PRECOZ EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL.
NOVIEMBRE 2011 – ENERO 2012

OBJETIVOS: Determinar los factores que se asocian con el inicio de la Lactancia Materna Precoz en puérperas primíparas del INMP Noviembre 2011 - Enero 2012.

DISEÑO: El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se entrevistó a 151 puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Los criterios de inclusión fueron: Madres de recién nacidos, que habían sido calificados por el servicio de neonatología como recién nacido a término (edad gestacional según Capurro de 37-40 semanas), puérpera en alojamiento conjunto, puérperas de parto eutócico o distócico, madres puérperas que sepan leer o escribir, recién nacidos sin patologías y madres puérperas mayores de 18 años de edad.

RESULTADOS: Se observó que la mayoría eran madres entre 19-25 años (49,9 %), grado de instrucción secundaria (72,2%), unión estable (64,9 %), proceden de la región costa (59,6%) y como ocupación de ama de casa (76,2 %). Hubo una menor proporción de inicio de la Lactancia Materna Precoz en mujeres mayores de treinta y cinco años, solo un 7,7% han brindado Lactancia Materna Precoz ($p = 0,022$), la procedencia de la región Selva, hay una menor proporción que inician la lactancia materna precoz (7.7%) ($p = 0.022$). Con respecto a los programas de preparación para el parto se asocia significativamente con el inicio de Lactancia Materna Precoz ($p = 0,004$). El 69,2% de las puérperas que iniciaron la lactancia materna precoz refirieron haber recibido información sobre la Lactancia Materna ($p = 0,001$). La estadía en Centro Obstétrico, está asociado significativamente con el inicio de la Lactancia Materna Precoz ($p = 0,007$). El 53,1% de las puérperas que iniciaron la Lactancia Materna Precoz refirieron haber tenido su parto con un acompañante ($p = 0,037$) y aquellas madres puérperas que decidieron dar Lactancia Materna Exclusiva, durante su embarazo, a sus recién nacidos (94,5%) iniciaron la Lactancia Materna Precoz ($p = 0,000$).

CONCLUSIÓN: En el presente estudio se pudo observar dentro de los factores sociodemográficos: la edad y la procedencia se asociaron significativamente con el inicio de la lactancia materna precoz. Los factores relacionados con el embarazo parto y postparto: los programas de preparación para el parto, la información previa sobre la Lactancia Materna, la estadía junto al recién nacido inmediatamente después del parto, el parto con acompañante y la decisión previa al parto de dar Lactancia Materna Exclusiva a su recién nacido, todos ellos se asocian significativamente con el inicio de Lactancia Materna Precoz.

PALABRAS CLAVES: Lactancia materna precoz, inicio, factores.

INTRODUCCION

Se ha constatado que los lactantes que no son amamantados presentan un riesgo de muerte significativamente mayor que los niños alimentados parcial o predominantemente al pecho (Bahl et al., 2005). Consecuentemente, dentro de las estrategias para abordar las principales causas de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe, se considera una nutrición adecuada consistente. En particular, se promueve el empleo temprano de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación y la alimentación complementaria en combinación con la lactancia materna durante al menos dos años más (UNICEF, 2008).

Un 35% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables.

Los primeros 2 años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. De hecho, las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria pueden salvar cada año la vida de 1,5 millones de menores de 5 años.

A lo largo del siglo XX, la frecuencia y duración de la Lactancia Materna disminuyen de forma dramática. Estados Unidos fue el gran precursor de este descenso: Hasta 1990 en varios estados se detenía a las mujeres que amamantaban en público, acusándolas de exhibicionismo ¹.

La Lactancia Materna es un hábito alimentario que desde la antigüedad ha estado íntimamente unido al niño durante los primeros años de su vida. Sin ella difícilmente la especie humana podía superar los primeros meses de la vida. Así en Estados Unidos, durante la década de los 60 la Lactancia Materna alcanzó cifras prácticamente indetectables². Sus consecuencias sanitarias no

se dejaron esperar y fueron especialmente evidentes en los países más deprimidos, donde rápidamente aumentó la morbilidad infantil ³. Los niños fallecían por procesos infecciosos, fundamentalmente infecciones respiratorias y gastrointestinales y por trastornos hidroelectrolíticos, generalmente secundarios a la preparación incorrecta de los biberones.

A la vista de estos hechos, en los países “más desarrollados” a finales de los años 70, se comenzaron a realizar importantes campañas de promoción de la Lactancia Materna que no tardaron en dar sus frutos⁴. En estos países se consiguieron destacados incrementos de la Lactancia Materna, pero sin embargo en los más deprimidos, que eran los más afectados por este nuevo hábito alimentario continuaban muriendo muchos niños por el abandono injustificado de la Lactancia Materna. Los países denominados “menos desarrollados”, pese a ser los más perjudicados, seguían el ejemplo de los desarrollados y las clases inferiores imitaban a las superiores adscribiéndose a la nueva moda de la Lactancia artificial.

En 1974, la 27ª Asamblea Mundial de Salud advirtió del descenso de la Lactancia Materna en todo el mundo y lo relacionó con la promoción indiscriminada de sucedáneos industriales, recomendando a los estados miembros adoptar medidas correctoras.

En 1981, la OMS aprueba el llamado Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna⁵, el cual prohíbe la publicidad de sucedáneos, dar muestras gratuitas o a bajo precio a hospitales y madres o embarazadas, imágenes y fotos de bebés que idealicen la leche artificial, entre otros.

En 1989, la OMS y UNICEF hicieron público un comunicado dirigido a los gobiernos, en forma de Declaración Conjunta sobre protección, promoción y apoyo de la Lactancia Materna y la función especial de los Servicios de Maternidad en la que se dictan los “10 pasos hacia una feliz Lactancia Natural”. En 1990, se convocó una Cumbre Mundial de la Infancia en Nueva York; en una reunión previa celebrada en Florencia se elabora la llamada Declaración

de Innocenti: “Lactancia Materna en el decenio de 1990⁶, instando a los gobiernos a adoptar medidas para conseguir una “cultura de la Lactancia Materna”.

En 1991 comienza oficialmente la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), que consiste en una acreditación que concede OMS / UNICEF a los hospitales que tras ser evaluados cumplen una serie de requisitos: más del 75% de lactancia materna al alta de la maternidad y observar 10 pasos que gozan de evidencias científicas para promover en frecuencia y duración la Lactancia Materna⁷:

La aplicación de los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural que se especifican en la iniciativa «Hospitales amigos de la madre y el niño», tales como:

- Contacto entre la piel del niño y de la madre inmediatamente después del parto e inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida.
- Lactancia materna a demanda (es decir, tan a menudo como quiera el niño, tanto de día como de noche).
- Alojamiento conjunto, para que la madre y el niño permanezcan juntos las 24 horas del día.⁸

Las recomendaciones de la OMS y el UNICEF con respecto a la alimentación óptima del lactante y el niño pequeño son:

- Inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida.
- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida.
- Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los 6 meses, continuando la lactancia materna hasta los 2 años o más.

A pesar de los esfuerzos de la OMS / UNICEF y del apoyo a la Lactancia en todas las cumbres, la malnutrición y las enfermedades derivadas del abandono de la Lactancia continúan causando el 60% de defunciones anuales de niños menores de 5 años. Dos tercios de estas muertes ocurren en el primer año de vida y son atribuibles a los bajos índices de Lactancia Materna Exclusiva (menos del 35% de los lactantes de todo el mundo reciben Lactancia Materna

Exclusiva hasta el cuarto mes de vida) y a la introducción demasiado precoz o demasiado tardía de alimentos insalubres e inadecuados⁹.

El plan de acción de la Cumbre Mundial sobre Nutrición, Roma 1992, definió la promoción de la Lactancia Materna como uno de sus 8 temas más importante de nutrición¹⁰. El programa de acción de la Cumbre Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo 1994, enfatizó los aspectos benéficos de la Lactancia Materna sobre la salud materna y sobre el espaciamiento de los embarazos. La Plataforma de acción de la Cumbre Mundial sobre Mujer y Desarrollo, Beijing, 1995 enfatizó la necesidad de facilitar la Lactancia Materna para las trabajadoras¹¹.

En 2005 se celebra el 15º aniversario de la Declaración de Innocenti y se emite un nuevo documento en el que se reconoce un notable progreso en las prácticas mundiales de alimentación del lactante y niño pequeño. No obstante, las prácticas de alimentación inapropiadas o la ausencia de Lactancia Materna y la alimentación complementaria inadecuada, continúan representando la principal amenaza para la salud y la supervivencia infantil en todo el mundo. Una mejor práctica de la Lactancia Materna por sí sola, ayudaría a salvar las vidas de más de 3,500 niños y niñas por día en el mundo, más que cualquier otra intervención preventiva¹².

En 2008, la OMS publicó un documento en el que se exponen los múltiples beneficios y cómo la ayuda a las madres puede aumentar la Lactancia Materna en todo el mundo. Ratifica lo dicho anteriormente: es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños; la administración de alimentos que no consistan exclusivamente en leche materna durante los primeros seis meses de vida contribuye a más de un millón de muertes infantiles anuales; los menores de seis meses alimentados de forma exclusiva con leche materna no llegan al 40% en todo el mundo.¹³

Actualmente en el mundo hay más de 120.000 hospitales en 152 países que cumplen con los 10 pasos propuestos por UNICEF / OMS y por tanto han

recibido el galardón de Hospitales Amigo de la Madre y el Niño, lo que es una garantía de calidad de protección, promoción y apoyo a la Lactancia Materna.¹³

En nuestro país el Ministerio de Salud promueve actividades de fomento, protección y desarrollo de la Lactancia Materna por medio de la acreditación de 90 Hospitales Amigos de la Madre y el Niño, de la Semana Mundial de la Lactancia Materna a través de las estrategias nacionales de crecimiento y desarrollo de las postas y centros de salud. Además existen talleres y programas impulsados por las ONGs que realizan promoción de la Lactancia Materna dirigido a los promotores de salud y agentes comunitarios^{14, 15}

En el Perú desde 1992, la mortalidad infantil descendió de 53 a 11 por mil nacidos vivos en el año 2010. Sin embargo, los principales indicadores de salud restantes, no han mostrado avances importantes en los últimos 5 años. La malnutrición crónica, medida a través del retardo en el crecimiento de los niños, se evidencia desde antes de los dos años y es más frecuente en el área rural¹³.

Las actividades en torno a la celebración de la Semana de la Lactancia Materna en el Perú desde el año 2005 celebra la cuarta semana de Agosto de cada año, tiene como propósito generar un espacio de diálogo, análisis, y asumir compromisos entre el estado, la sociedad civil y las empresas con responsabilidad social, respecto a la salud de los niños y de los determinantes de la salud materna e infantil, a nivel nacional, regional y local, articulando acciones del sector salud con las de otros sectores como son el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, el Ministerio de Educación, las ONG, las Agencias Cooperantes, las Municipalidades Provinciales y Distritales, los Medios de Comunicación, las Organizaciones Comunales, entre otros^{10,16,15}.

En la última revisión sistemática sobre esta cuestión, publicada en 2009 (Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding, se incluyeron dos ensayos clínicos controlados y otros 18 estudios realizados en países tanto desarrollados como en desarrollo. Sus resultados respaldan las recomendaciones actuales de la OMS¹⁷.

Hernán Villán U. y Patricia Álvarez C realizaron una investigación titulada: Efecto a corto plazo del contacto precoz piel a piel sobre la Lactancia Materna en recién nacidos de término sanos del Hospital Regional de Coyhaique. Chile. Marzo- Abril 1993. Cincuenta y nueve parejas de madre e hijo fueron expuestas a contacto precoz piel a piel y sesenta al procedimiento corriente de observación por separado en las primeras cuatro horas de vida, evaluándose la alimentación con Lactancia Materna Exclusiva y la sensación subjetiva de seguridad frente al recién nacido. Se encontraron diferencias significativas en la incidencia de alimentación natural a las 24 horas después del nacimiento (89,9% en el grupo contacto vs 63,3% en el grupo control, $p < 0,001$), al alta (93,2% vs 66,7%, $p < 0,001$) y a los 14 días de vida (78,8% vs 56,2% $p < 0,001$). Estas diferencias fueron independientes de la paridad¹⁸.

Leonelo E. Bautista realizó una investigación titulada: “Factores asociados al inicio de la Lactancia Materna en mujeres Dominicanas. 1997”. En el presente estudio 93% de las madres reportaron haber iniciado la Lactancia Materna, las madres que tuvieron alguna enfermedad durante el embarazo (OR= 2,3), las que tuvieron niños con bajo peso al nacer (OR= 2,9), las primíparas (OR= 1,9) y las de nivel de ingresos medio (OR= 1,6) y alto (OR= 2,1) tuvieron un riesgo significativamente mayor de no iniciar el amamantamiento¹⁹.

Bruch Crespiera, María; Casas Baroy, Juan Carlos; Riba Travé, Teresa. , realizaron un estudio: “Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la Lactancia Materna en el área rural del Lluçanès. Osona – Barcelona. 2000”. Se obtuvo como resultados: Iniciaron Lactancia Materna el 83% de las mujeres (80,7% materna exclusiva y 2,3% mixta); de éstas al tercer mes un 58,9% seguían con materna exclusiva y un 16,4% con mixta, mientras que al sexto mes un 2,7% realizaban Lactancia Materna Exclusiva y un 32,9% mixta. La duración media de la Lactancia Materna es de 125,9 días (IC 95%, 113,6-138,1). El 63,6% decidieron el tipo de lactancia antes del embarazo, el 28,4% durante el embarazo y el 8% después del parto. La experiencia previa de las madres multíparas ($p = 0,00001$) y la preparación materna ($p = 0,00333$) se asocian con el inicio de la Lactancia Materna, así como la edad ($p = 0,018$) con la duración¹⁴.

Tatiana O Vieira, Graciete O Vieira, Elsa Regina J Giugliani, Carlos MC Méndes, Camilla C Martins, Luciana R Silva, realizaron un estudio titulado: “Determinantes de la iniciación de la Lactancia en la primera hora de la vida en una población de Brasil. Feira de Santana, Bahía - Brasil, 2004 – 2005”. Los resultados que se obtuvieron fueron que el 47,1% de las madres iniciaron la Lactancia Materna en la primera hora después del nacimiento. El inicio temprano de la Lactancia Materna se asoció con nacimiento a término (47%), las madres que recibieron orientación prenatal sobre las ventajas de la Lactancia Materna (50.7%) y las que tuvieron parto vaginal (65%)¹⁶.

Yuko Nakao y Kazuhiko Moji realizaron un estudio: “Iniciación de la Lactancia Materna en los primeros 120 minutos después de nacer asociada con la Lactancia Materna hasta los cuatro meses entre las mujeres Japonesas. Nagasaki sur oeste de Japón. 2008”. El propósito de este estudio era examinar la asociación entre el momento de la primera Lactancia Materna después del nacimiento y la proporción de madres con la Lactancia Materna hasta cuatro meses después del parto. Resultados El tiempo de la primera Lactancia Materna hasta los 120 primeros minutos fue significativamente asociado con la proporción de madres con lactancia materna exclusiva durante su estancia en el hospital ($p = 0,006$), en un mes ($p = 0,004$) y en cuatro meses después del nacimiento ($p = 0,003$). No hubo ninguna diferencia significativa en la proporción de la Lactancia Materna Exclusiva en madres que brindaron Lactancia Materna en los primeros 30 minutos después del nacimiento y posterior de los 30 hasta 120 minutos después del nacimiento. Al realizar la regresión logística, el análisis indicó que la proporción de madres que siguieron con Lactancia Materna Exclusiva durante los cuatro primeros meses fue significativamente mayor en aquellos que brindaron Lactancia Materna Exclusiva a su bebé dentro de 120 minutos en comparación con más de 120 minutos ($O 2.5, p = 0.01$), pero no fue significativamente diferente en aquellos brindaron Lactancia Materna dentro de los primeros 30 minutos en comparación con más de 30 minutos ($O 1.8, p = 0,06$). La Lactancia Materna temprana fue afectada por cesárea, parto prematuro y hemorragia severa durante el parto¹⁷.

Regina Bosenbecker da Silveira, Elaine Albernaz, y Lucas Miranda Zuccheto en su estudio: “Factores asociados con la aparición de la Lactancia Materna en una ciudad del Sur de Brasil. 2008”. 2741 madres fueron entrevistadas, encontraron que 35,5% de sus recién nacidos fueron amamantados inmediatamente después parto; dentro de la primera hora de vida y a este grupo pertenecían madres de menor edad, menor nivel de escolaridad y menor ingresos, el APGAR (8 - 10) del recién nacido, y el apoyo del hospital incentivando a la Lactancia Materna. Las madres que tuvieron un parto por cesárea tenían un riesgo alrededor de dos veces superior no dar de lactar a sus recién nacidos durante la primera hora de la vida¹⁸.

Jessica R. Jones, Michael D. Kogan, Gopal K. Singh, Deborah L. Dee and Laurence M. Grummer-Strawn realizaron una investigación titulada: “Factores asociados con la Lactancia Materna Exclusiva y análisis de los factores que influyen en la implementación de la Lactancia Materna Exclusiva. EE.UU, Columbia, abril del 2007 y Julio del 2008”. Se llevaron a cabo un total de 91.642 entrevistas entre abril del 2007 y Julio del 2008. Los resultados obtenidos fueron que las madres más jóvenes, las madres con pobre salud mental o emocional, y las madres de niños de muy bajo peso al nacer; son las que menos probabilidad tienen de brindar Lactancia Materna Exclusiva²⁰.

Roslyn C Tarrant, Katherine M Younger, Margaret Sheridan-Pereira, Martin J White and John M Kearney, realizaron un estudio: “La prevalencia y los factores determinantes de la iniciación de la Lactancia y la duración de una muestra de mujeres en Irlanda. 2009”. Los resultados obtenidos fueron: Las tasas del inicio de La Lactancia Materna en las mujeres Irlandesas Nacionales e Irlandesas Extranjeras fueron 47% y 79%, respectivamente. Los factores que estuvieron significativamente asociados con el inicio de la Lactancia Materna las seis primeras semanas incluyeron madres de 35 años, educada para el tercer nivel, información previa y tenían una intención positiva prenatal de dar el pecho. La percepción negativa que la Lactancia Materna es una manera vergonzosa para alimentar a un bebé se demostró como un gran obstáculo para la iniciación³⁸.

A.M. Sacristán Martín, José Eugenio Lozano Alonso, M. Gil Costa realizaron un estudio: “Situación actual y factores que condicionan la Lactancia Materna en Castilla y León. España. 2010”. Estudio descriptivo observacional realizado en la comunidad de Castilla y León (España) de Enero a Diciembre 2007, en niños entre seis y 12 meses de vida que acudían por cualquier motivo a las consultas de algún miembro del Programa de Pediatría de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, contando con una muestra de 804. Obtuvieron como resultados: El porcentaje de mujeres que eligieron Lactancia Materna Exclusiva después del parto fue del 81,2%, el 10,7% optó por la Lactancia mixta y el 8,1% por la Lactancia artificial. El abandono de la Lactancia natural fue progresivo mes a mes llegando al sexto mes solo el 36,5% de los niños que la habían iniciado.²¹

Un estudio realizado por: Setegn T, Gerbaba M, Belachew T .titulado: “Factores determinantes del inicio oportuno de la Lactancia Materna entre las madres en Goba worda, el sudeste de Etiopía”: Un estudio transversal. Se llevó a cabo entre Febrero y Marzo del 2010. Un total de 608 pares de madre-infante fueron seleccionados, usaron para identificar factores asociados con el inicio oportuno de la Lactancia Materna. Se obtuvo como resultados: La prevalencia del inicio oportuno de la Lactancia Materna fue de 52,4%. El análisis bivariado mostró que la asistencia a la educación formal, siendo residente urbano, parto institucional y el asesoramiento sobre la Lactancia Materna después del parto se asociaron significativamente con el inicio oportuno de la Lactancia Materna ($P < 0,05$). Después de ajustar otros factores multivariable, que en el área urbana [AOR: 4.1 (IC 95%: 2.31-7.30)] y recibir asesoramiento postnatal [OR: 2,7 (1,86 a 3,94)] fueron predictores independientes de tiempo de inicio de la Lactancia.²²

Kok Leong Tan realizó una investigación titulada: “Los factores asociados con la Lactancia Materna Exclusiva entre los lactantes menores de seis meses de edad en la Península de Malasia. 2011”. Los resultados obtenidos fueron, la prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva entre las madres con niños de edades comprendidas entre uno y seis meses fue de 43,1% (IC 95%: 39,4, 46,8). En el modelo multivariado de la Lactancia Materna Exclusiva se asoció

positivamente con la residencia en zonas rurales, las madres de Malaca, las madres que no trabajan y no fumadores, madres multíparas, recién nacidos a término, las madres con los maridos que apoyan la Lactancia Materna.²³

El niño que es amamantado adecuadamente, satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce, hacen que se sienta querido y protegido, respondiendo con una actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional equilibrado y armónico. El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo, estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego".

Los efectos beneficiosos de la Lactancia Materna dependen de su inicio, su duración y la edad de ablactación del niño. Se sabe que las relaciones entre el inicio de la lactancia al seno y sus determinantes no son iguales en distintos países. Por lo tanto, el estudio de estas relaciones en poblaciones específicas es de gran importancia para orientar de manera objetiva y efectiva las acciones de promoción y prevenir la disminución en el inicio de la Lactancia Materna que parece ocurrir en países en desarrollo debido al rápido progreso de la urbanización, la transculturación y la influencia de los grupos sociales más acomodados sobre los más desfavorecidos ¹

Es posible que la edad principalmente adulta (entre 25 y 35 años) en la que se encuentran las madres encuestadas en el estudio, pueda estar también contribuyendo a una mayor preparación para el inicio de la Lactancia Materna y un mayor conocimiento de sus beneficios, aun cuando algunos estudios no encuentran esta asociación²⁴. Estudios más actuales muestran que hoy en día las mujeres más jóvenes presentan un mayor porcentaje de lactancia natural que las mayores, contrariamente a los resultados publicados por algunos autores.²⁵

En zonas rurales la frecuencia del inicio de la lactancia al seno fue ligeramente mayor (95%) que en zonas urbanas (92%)²⁶.

El nivel de escolaridad está relacionado con el nivel educacional alcanzado en el país. Varios autores en sus trabajos investigativos plantean que el grado de escolaridad materna y la utilización de la lactancia son directamente proporcionales, por lo que son más duraderas en madres de nivel universitario y que ello está relacionado con una mejor información de las ventajas de este tipo de alimentación²⁷.

Las amas de casa tienen mayor tiempo y menos preocupaciones para prepararse para la lactancia durante el embarazo. Otra circunstancia que se observa que el inicio precoz de la Lactancia Materna las mujeres que trabajan fuera del hogar es inferior a la que realizan las que no trabajan fuera de casa. Este efecto aparece reflejado en las distintas series publicadas²⁸

Los resultados de los estudios de Piper y colaboradores indican que la tasa de inicio de la Lactancia Materna es mayor en el grupo que recibió apoyo de un consejero y orientador en Lactancia Materna²⁹.

La analgesia de parto, podría influir en las catecolaminas fetales; en la madre aumentar los niveles de prolactina, que junto al inicio temprano de succión y contacto piel con piel, influirá optimizando la Lactancia Materna³⁰. En otros trabajos de investigación demuestran que después de una anestesia, los bebés están menos alerta, menos capaces de orientarse por sí mismos, y se mueven desorganizadamente; tales comportamientos pueden ser medidos durante el primer mes del bebé. Después de la aplicación de la anestesia epidural, la madre puede sentir rigidez o dolor de espalda.³¹

Después de un parto normal (eutócico), sin interferencias innecesarias, la lactancia materna se inicia de manera natural y satisfactoria. Pero también puede el trabajo de parto ser largo y doloroso o sorprendentemente corto; la madre puede haber tenido cirugía o alguna otra intervención. Estos y muchos otros factores pueden afectar el inicio de la Lactancia Materna.³¹

Un artículo original de PubMed sobre las prácticas en Lactancia Materna, muestra que los recién nacidos cuyas madres no han sido expuestas a parto quirúrgico, buscan el pecho durante la primera hora de su nacimiento, usando sus manos para estimularlo y preparándolo para la primera succión en ráfagas frecuentes y pausas. Se inicia un reflejo del comportamiento previo a mamar del recién nacido, necesidad probablemente preprogramada en el cerebro de los niños.³²

Para que la Lactancia Materna sea exclusiva, es importante cuidar el inicio, promoviendo el contacto piel con piel, como base fundamental para la madre y el recién nacido, creando un clima que lo favorezca. Se entiende contacto piel con piel inmediato, como la no separación del recién nacido, desde el momento de su nacimiento hasta 30 minutos después del parto.³³

Un metaanálisis realizado por Bergman y colaboradores, demuestra en 30 estudios, los efectos del contacto precoz entre la madre y su hijo sano después de un parto vaginal, indicando que las primeras horas después de nacer, son consideradas un periodo importante, para el desarrollo de la interacción madre/hijo: es capaz de producir un ajuste metabólico más rápido, generar niveles más altos de glucosa en sangre, mantiene al niño caliente, reduce el llanto del recién nacido. Bergman indica que el cuidado piel con piel es el cuidado óptimo para los niños sanos a término. Algunos de estos ensayos demuestran que el contacto precoz, ayuda al niño a través del olor a guiarse hacia el pecho. Sostenido en los brazos de su madre, mueve la cabeza y abre su boca en posición correcta, para un cierre eficaz, deseoso de succionar, posibilitando que la madre lacte con éxito³⁴

Una vez nacido el niño, el ideal es que sea colocado al pecho de su madre. Esta práctica tiene algunas ventajas fisiológicas y otras muy importantes desde el punto de vista afectivo, en lo que se refiere al vínculo madre hijo. En la sala de partos se intentará iniciar la Lactancia; de no ser posible, esta deberá hacerse en la sala de recuperación postparto.³⁵

Los padres o familiares pueden participar del nacimiento de su hijo. El contacto precoz entre el padre y su hijo también facilita, el comportamiento de búsqueda en las primeras horas de vida antes de mamar. El desarrollo de la valoración de los reflejos innatos tales como movimientos de boca o reflejo de succión, es similar a la de aquellos niños que han tenido contacto piel con piel con la madre, “esto hace que el niño se prepare para su primera toma cuando esté en contacto con la madre, en contraposición con el cuidado convencional en la que el niño se encuentra en cuna durante las primeras dos horas después de nacer” dice Erlandsson³³

Potencialmente se estima que las madres, al estar acompañadas, se sienten más seguras y se manejan mejor con el recién nacido, equiparándose a las madres que han tenido un parto vaginal sin apoyo emocional³⁶.

El niño debe comenzar a alimentarse con leche materna desde el momento de su nacimiento, preferentemente en la primera hora de vida, ya que es fundamental para su bienestar. Además, el líquido de color amarillento que produce el seno materno en los dos o tres primeros días después del parto, llamado calostro, protege al bebé contra infecciones, proporciona vitamina A y sirve al bebé como su primera inmunización.

Es muy importante que el niño tome ese calostro porque a través de él la madre le pasa una serie de defensas que no pudo transmitirle durante la gestación. Con el calostro, la madre pasa al niño su “experiencia” inmunológica y lo hace más resistente. Protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial.

Si todas las madres del mundo amamantarán a sus hijos al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños anualmente, disminuyendo la morbilidad infantil. La Lactancia Materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y

al mundo entero por concepto de costo de: leches de vaca o de fórmula, mamaderas, chupetes y accesorios, enfermedades y sus tratamientos, gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos, ausentismo laboral de la madre que necesita atender al niño enfermo, producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.³⁷

Las motivaciones para efectuar este estudio conociendo los beneficios de la leche materna que son ampliamente reportados por diferentes publicaciones se basan en que el proceso de alimentación, la lactancia natural y el amamantamiento constituyen áreas en las cuales la Obstetricia juega un rol fundamental.

El presente estudio está orientado a proporcionar información actualizada a la institución, con la finalidad de contribuir con las estrategias preventivo promocionales de salud sobre la práctica del inicio de la Lactancia Materna Precoz y su mantenimiento durante los seis primeros meses de vida y así poder contribuir a la disminución de las tasas de desnutrición infantil; en los planes y programas dirigidos a la población sujeta a estudio.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BASICOS

Puérpera: Mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de 42 días.

Primípara: Mujer que por primera vez pare.

Lactancia materna precoz: El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida).

Factores asociados al inicio de la lactancia materna precoz: Son todos los agentes o elementos que contribuye directamente a dar un resultado determinado.

Relacionadas con la madre.

- Edad
- Procedencia
- Nivel educativo
- Ocupación
- Estado civil

Relacionadas con el embarazo, parto y post parto

- Programas de preparación para el parto
- Información sobre lactancia materna en embarazo y postparto
- Analgesia de parto
- Tipo parto
- Peso del recién nacido
- Contacto precoz
- Estadía en Centro Obstétrico
- Apoyo emocional.
- Parto con acompañante
- Decisión previa de dar Lactancia Materna Exclusiva
- Inicio de la lactancia materna

OBJETIVOS

1. General

“Determinar los factores que se asocian con el inicio de la Lactancia Materna Precoz en puérperas Primíparas del INMP Noviembre 2011 - Enero 2012.

2. Específicos.

- Identificar los factores sociodemográficos maternos que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas en el INMP.
- Identificar los factores relacionados con el embarazo, el parto y post parto que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas en el INMP.

Por todo lo expuesto anteriormente nos planteamos el siguiente problema:

¿Cuáles son los factores que se asocian con el inicio de la Lactancia Materna Precoz en puérperas Primaras del INMP?

MÉTODO

1. tipo de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

2. Población y muestra

La población fue de todas aquellas madres puérperas hospitalizadas en el área de hospitalización de puerperio del Instituto Nacional Materno Perinatal. El tipo de muestreo fue de tipo no probabilístico, por lo que la muestra estuvo conformada por 151 madres puérperas hospitalizadas en la misma área de hospitalización.

- $Z_{\alpha} = 1.96$ (debido a que el valor de confiabilidad es del 95%)
- $p =$ En caso dicha información lo utilizamos el valor $p = 0.5$ (50%)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.5 = 0.5$)
- $d =$ precisión (en este caso deseamos un 5%)

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

Al reemplazar:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2}$$

Con estos datos el valor de **$n = 384$**

Como se trata de una población finita, realizaremos un reajuste, utilizando la siguiente formula:

$$n' = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$\text{Al reemplazar: } n = 384 / 1 + (389 / 249) \\ = 151$$

Dentro de los criterios de inclusión tenemos:

- Madres de recién nacidos, que habían sido calificados por el servicio de neonatología como recién nacido a término (edad gestacional según Capurro de 37-40 semanas)
- Puérpera en alojamiento conjunto.
- Puérperas de Parto eutócico o distócico.
- Madres puérperas que sepan leer o escribir.
- Recién nacidos sin patologías.
- Madres puérperas mayor o igual a 19 años de edad.

Dentro de los criterios de exclusión tenemos:

- Madres de RN que reciban tratamiento por alguna patología como por ejemplo: TBC.
- Puérperas hospitalizadas en UCI.
- Recién nacidos con cualquier patología.
- Madres puérperas que no sepan leer o escribir.
- Madres puérperas adolescentes.
- Madres puérperas cesareadas.

3. Variables de estudio

Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz, entre ellos tenemos:

Relacionadas con la madre.

- Edad: De 19 a 25, de 25 a 35 y más de 35 años
- Procedencia: El origen o lugar donde nació.
- Nivel educativo: Es el grado más elevado de estudios realizados por la puérpera, puede ser: primaria, secundaria o superior.
- Ocupación: El trabajo o actividad que la puérpera realiza. Puede ser trabajo remunerado, ama de casa o estudiante.
- Estado civil: Es la situación personal que se encuentra la puérpera. Puede ser soltera, casada o relación estable.

Relacionadas con el embarazo y parto y post parto

- Programas de preparación para el parto: Se refiere si la puérpera acudió a los programas de preparación para el parto durante su embarazo, como Psicoprofilaxis o Estimulación Prenatal y que haya asistido como mínimo a 5 clases.
- Información sobre lactancia materna en embarazo y tras el parto: Se refiere si la puérpera recibió información, como importancia, beneficios, duración e inicio sobre la lactancia materna durante su embarazo y postparto.
- Analgesia de parto: Se refiere si la puérpera recibió analgesia de parto.
- Tipo parto: Se refiere si tuvo un parto eutócico, sin ninguna complicación durante el parto, o un parto distócico es decir con complicación pero sin llegar a la cesárea.
- Peso del recién nacido: Es el peso del recién nacido al momento de nacer el cual puede ser: menor de 2500gr, 2500 – 3999gr o mayor o igual de 4000gr.
- Contacto precoz: Si permanecen juntos madre e hijo inmediatamente después del parto.
- Estadía en Centro Obstétrico: Si madre e hijo permanecen juntos por lo menos las 2 primeras horas en centro obstétrico.
- Apoyo emocional. Si la madre recibió apoyo emocional durante su trabajo de parto y después, por parte ya sea del profesional médico que la atendió, su pareja o su familiar.
- Parto con acompañante: Si alguien ya sea su pareja, familiar o amistades estuvo acompañándola durante su parto.
- Decisión previa de dar Lactancia materna exclusiva: se refiere si la puérpera había decidido durante su embarazo, haberle dado lactancia materna a su hijo.
- Inicio de la Lactancia Materna Precoz: Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el inicio de la succión, dentro de la primera hora o después de la primera hora post parto.

4. Técnica e instrumento

La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento el cuestionario (ver anexo A), el cual tuvo como objetivo obtener información de las madres puérperas acerca de los factores que beneficiaron en inicio de la Lactancia Materna Precoz. Su validez se realizó basándose en factores de estudio en trabajos previos y para su ejecución final se aplicó la prueba piloto y así se determinó su confiabilidad estadísticamente a través del coeficiente de alfa de Cronbach.

5. Plan de Recolección de Datos

Para iniciar la recolección de datos se realizó los trámites administrativos correspondientes, dirigidos al Director del Instituto Nacional Materno Perinatal, con la finalidad de solicitar las facilidades y la autorización correspondiente para ejecutar el estudio.

Luego de ello se realizó la coordinación con el personal del Servicio de Hospitalización a fin de establecer un cronograma de recolección de datos, considerando un espacio de tiempo de 20 minutos para aplicación del instrumento al sujeto de estudio, previo consentimiento informado.

La aplicación del instrumento se lleva acabo de la siguiente manera: con previo consentimiento informado, se les entrevistará a las madres puérperas, con un cuestionario, en donde ellas responderán y nosotras rellenaremos los espacios en blanco y marcando con un aspa la respuesta que ellas creyeron conveniente, manteniéndose en todo momento la anonimidad y confidencialidad de las mismas.

6. Plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos.

Los resultados del cuestionario serán evaluados pregunta por pregunta de cada una, para luego ser vaciada en una tabla matriz tripartita.

Luego de la recolección de datos esto se procesará mediante el uso de equipo electrónico a través de la utilización del programa de Windows y de Excel previa elaboración de la tabla matriz y se presentara en tabla y/o gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación de los datos contrastando con el marco teórico.

Para el análisis de datos se utilizó estadísticas descriptivas: porcentajes para las variables cualitativas; promedios en las variables cuantitativas. Para el análisis univariado de variables se hizo uso de la distribución de frecuencias.

Para identificar factores asociados se comparó el inicio de la Lactancia Materna Precoz según factor de exposición, se utilizó la prueba de Chi cuadrado a un nivel de significancia de 0.05 ($p < 0.05$)

7. Consideraciones Éticas

Para la realización del presente estudio de investigación; fue necesario la entrega del consentimiento informado, por lo que la decisión de participar o no en la investigación fue manifestado a través de la firma de dicho documento y la decisión tomada será respetada por el investigador.

La información vertida en los cuestionarios por las madres puérperas que participen en el estudio, será de carácter anónimo y no será divulgado más que al personal pertinente (equipo multidisciplinario).

8. Consentimiento Informado Ver anexo B

RESULTADOS

Se presenta los resultados en tres áreas, la primera referida a los factores sociodemográficos en forma general de las puérperas, luego tenemos los datos de los factores sociodemográficos de las puérperas con inicio y sin inicio de la lactancia materna precoz y finalmente se presentan los datos de los factores relacionados con el embarazo, parto y postparto de las puérperas.

1.- FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS.

Tabla 1: FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS – INMP

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	N	%
EDAD		
19-25	75	49,7%
26-35	61	40,4%
Más de 35	15	9,9%
TOTAL	151	100%
GRADO - INSTRUCCIÓN		
Primaria	14	9,3%
Secundaria	109	72,2%
Superior	28	18,5%
Total	151	100%
ESTADO CIVIL		
Soltera	31	20,5%
Unión estable	98	64,9%
Casada	22	14,6%
Total	151	100%
PROCEDENCIA		
Costa	90	59,6%
Sierra	46	30,5%
Selva	15	9,9%
Total	151	100%
OCUPACION		
Estudiante	6	4%
Trabajo remunerado	30	19,9%
Ama de casa	115	76,2%
Total	151	100%

Fuente: Encuesta realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en puérperas primíparas.

Dentro de las características sociodemográficas maternas, la mayoría eran madres entre 19-25 años (49,9 %), con grado de instrucción secundaria (72,2%), con unión estable (64,9 %), proceden de la región costa (59,6%) y como ocupación de ama de casa (76,2 %).

2.- FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON Y SIN INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ

**TABLA 2: FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN
PUÉRPERAS PRIMÍPARAS QUE INICIARON LACTANCIA MATERNA PRECOZ – INMP**

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	CON LACTANCIA MATERNA PRECOZ		SIN LACTANCIA MATERNA PRECOZ		TOTAL		P
EDAD							
19-25	66	50,8%	9	42,9%	75	49,7%	0,501 ^a
26-35	54	41,5%	7	33,3%	61	40,4%	0,477 ^a
Más de 35	10	7,7%	5	23,8%	15	9,9%	0,022 ^a
TOTAL	130	100%	21	100%	151	100%	
GRADO - INSTRUCCIÓN							
Primaria	12	9,2%	2	9,5%	14	9,3%	0,964 ^a
Secundaria	93	71,5%	16	76,2%	109	72,2%	0,655 ^a
Superior	25	19,2%	3	14,3%	28	18,5%	0,591 ^a
Total	130	100%	21	100%	151	100%	
ESTADO CIVIL							
Soltera	28	21,5%	3	14,3%	31	20,5%	0,448 ^a
Unión estable	84	64,6%	14	66,7%	98	64,9%	0,851 ^a
Casada	18	13,8%	4	19%	22	14,6%	0,530 ^a
Total	130	100%	21	100%	151	100%	
PROCEDENCIA							
Costa	78	60%	12	57,1%	90	59,6%	0,801 ^a
Sierra	42	32,3%	4	19%	46	30,5%	0,219 ^a
Selva	10	7,7%	5	23,8%	15	9,9%	0,022 ^a
Total	130	100%	21	100%	151	100%	
OCUPACION							
Estudiante	4	3,1%	2	9,5%	6	4%	0,164 ^a
Trabajo remunerado	24	18,5%	6	28,6%	30	19,9%	0,282 ^a
Ama de casa	102	78,5%	13	61,9%	115	76,2%	0,097 ^a
Total	130	100%	21	100%	151	100%	

Fuente: Encuesta realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en puérperas primíparas con/sin inicio de lactancia materna precoz.

^a Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $P < 0,05$.

Los resultados de este estudio muestran que hay una menor proporción de inicio de la Lactancia Materna Precoz en mujeres mayores de treinta y cinco años de edad, solo un 7,7% han brindado Lactancia Materna Precoz con un nivel de significancia de ($p = 0.022$), mientras las que no iniciaron Lactancia Materna Precoz 23,8%. Con respecto a la procedencia de la región selva hay una menor proporción que inicia Lactancia Materna Precoz (7.7%) con un nivel significativo ($p = 0.022$).

4.- FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO, PARTO Y POST PARTO

**TABLA 3: PROGRAMAS DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO EN
PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON/SIN LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**

PROGRAMAS DE PREPARACION PARA EL PARTO	CON LACTANCIA MATERNA PRECOZ		SIN LACTANCIA MATERNA PRECOZ		TOTAL		<i>p</i>
NO	68	52,3%	18	85,7%	86	57%	0,004
SI	62	47,7%	3	14,3%	65	43%	
TOTAL	130	100%	21	100%	151	100%	

Fuente: Encuesta realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en púérperas primíparas con/sin inicio de lactancia materna precoz.

^a Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $P < 0,05$.

La relación con respecto a los programas de preparación para el parto se asocia significativamente con el inicio de Lactancia Materna Precoz ($p = 0,004$).

**TABLA 4: INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA EN
PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON/SIN LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**

INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA	CON LACTANCIA MATERNA PRECOZ		SIN LACTANCIA MATERNA PRECOZ		TOTAL		<i>p</i>
NO	40	30,8%	14	66,7%	54	35,8%	0,001
SI	90	69,2%	7	33,3%	97	64,2%	
TOTAL	130	100%	21	100%	151	100%	

Fuente: Encuesta realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en púérperas primíparas con/sin inicio de lactancia materna precoz.

^a Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $P < 0,05$.

Se puede observar que el 69,2% de las púérperas que iniciaron la Lactancia Materna Precoz refirieron haber recibido información sobre la Lactancia Materna, el cual se asocia significativamente con el inicio de la Lactancia Materna Precoz ($p = 0.001$).

**TABLA 5: ANALGESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO PUERPERAS
PRIMIPARAS CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**

ANALGESIA DE PARTO	CON LACTANCIA MATERNA		SIN LACTANCIA MATERNA		TOTAL		<i>p</i>
NO	108	83,1%	17	81%	125	82,8%	0,812
SI	22	16,9%	4	19%	26	17,2%	
TOTAL	130	100%	21	100%	151	100%	

Fuente: Encuesta realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en puérperas primíparas con/sin inicio de lactancia materna precoz.

^a Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $P < 0,05$.

Encontramos que aquellas puérperas que tuvieron analgesia de parto no hubo una diferencia significativa en cuanto al inicio de la Lactancia Materna Precoz, por tanto no se encontró asociación.

**TABLA 6: TIPO DE PARTO EN PUERPERAS PRIMIPARAS CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**

TIPO DE PARTO	CON LACTANCIA MATERNA PRECOZ		SIN LACTANCIA MATERNA PRECOZ		TOTAL		<i>p</i>
DISTOCICO	11	8,5%	3	14,3%	14	9,3%	0,395
EUTOCICO	119	91,5%	18	85,7%	137	90,7%	
TOTAL	130	100%	21	100%	151	100%	

Fuente: Encuesta realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en puérperas primíparas con/sin inicio de lactancia materna precoz.

^a Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $P < 0,05$.

Aquí podemos observar que en cuanto al tipo de parto ya sea eutócico o distócico no se asocia con el inicio de la Lactancia Materna Precoz ($p = 0,395$).

**TABLA 7: PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUERPERAS PRIMIPARAS
CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ, INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**

PESO DEL RECIEN NACIDO	CON LACTANCIA MATERNA PRECOZ		SIN LACTANCIA MATERNA PRECOZ		TOTAL		<i>p</i>
MENOR DE 2500 GR	2	1,5	0	0%	2	1,3%	0,572
ENTRE 2500 – 4000 GR	108	83,1	15	71,4%	123	81,5%	0,200
IGUAL O MAYOR 4000 GR	20	15,4	6	28,6%	26	17,2%	0,137
Total	130	100%	21	100%	151	100%	

Fuente: Encuesta realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en puérperas primíparas con/sin inicio de lactancia materna precoz.

^a Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $P < 0,05$.

El peso de los recién nacidos que predominó fue entre 2500 - 3999 tanto en el grupo de mujeres que iniciaron (83,1 %) como en las que no iniciaron (71,4%) la Lactancia Materna Precoz, no se encontró asociación significativa con el inicio de la Lactancia Materna Precoz ($p = 0.200$).

**TABLA 8: CONTACTO PRECOZ DEL RECIÉN NACIDO EN PUERPERAS
PRIMIPARAS CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**

CONTACTO PRECOZ	CON LACTANCIA MATERNA PRECOZ		SIN LACTANCIA MATERNA PRECOZ		TOTAL		<i>p</i>
NO	22	16,9	7	33,3%	29	19,2%	0,076
SI	108	83,1	14	66,7%	122	80,8%	
TOTAL	130	100%	21	100%	151	100%	

Fuente: Encuesta realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en puérperas primíparas con/sin inicio de lactancia materna precoz.

^a Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $P < 0,05$.

Se obtuvo que el 83,1% de la puérperas que iniciaron la Lactancia Materna Precoz tuvieron contacto precoz con sus recién nacidos pero no se encontró una asociación significativa ($p = 0,076$).

**TABLA 9: ESTADÍA DE LA MADRE Y RECIEN NACIDO EN CENTRO OBSTETRICO EN
PUERPERAS PRIMIPARAS CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**

ESTADÍA	CON LACTANCIA MATERNA PRECOZ		SIN LACTANCIA MATERNA PRECOZ		TOTAL		<i>p</i>
NO	8	6,2%	5	23,8%	13	8,6%	0,007
SI	122	93,8%	16	76,2%	138	91,4%	
TOTAL	130	100%	21	100%	151	100%	

Fuente: Encuesta realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en puérperas primíparas con/sin inicio de lactancia materna precoz.

^a Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $P < 0,05$.

Se observa que aquellas puérperas que iniciaron la Lactancia Materna Precoz (93,8%) casi en su totalidad, estuvieron junto a sus recién nacidos durante su estadía en centro obstétrico, estando muy asociado significativamente con el inicio de la Lactancia Materna Precoz ($p = 0,007$).

**TABLA 10: APOYO EMOCIONAL TRAS EL PARTO EN PUERPERAS PRIMIPARAS
CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**

APOYO EMOCIONAL	CON LACTANCIA MATERNA PRECOZ		SIN LACTANCIA MATERNA PRECOZ		TOTAL		<i>p</i>
NO	17	13,1%	4	19%	21	13,9%	0,468
SI	113	86,9%	17	81%	130	86,1%	
Total	130	100%	21	100%	151	100%	

Fuente: Encuesta realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en puérperas primíparas con/sin inicio de lactancia materna precoz.

^a Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $P < 0,05$.

La mayoría de las puérperas primíparas refirieron haber recibido apoyo emocional durante su trabajo de parto tanto las que iniciaron (86,9%) como las que no iniciaron (81%) precozmente la Lactancia Materna. No se encontró asociación con el inicio de la Lactancia Materna Precoz.

**TABLA 11: PARTO CON ACOMPAÑANTE EN PUERPERAS PRIMIPARAS
CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**

PARTO CON ACOMPAÑANTE	CON LACTANCIA MATERNA PRECOZ		SIN LACTANCIA MATERNA PRECOZ		TOTAL		<i>p</i>
NO	61	46,9%	15	71,4%	76	50,3%	0,037
SI	69	53,1%	6	28,6%	75	49,7%	
TOTAL	130	100%	21	100%	151	100%	

Fuente: Encuesta realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en puérperas primíparas con/sin inicio de lactancia materna precoz.

^a Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $P < 0,05$.

El 53,1% de las puérperas que iniciaron la lactancia materna precoz refirieron haber tenido su parto con un acompañante, y solo el 28,6% de las que no iniciaron la Lactancia Materna precozmente refirieron lo mismo y con un nivel significativo ($p = 0,037$).

**TABLA 12: DECISION PREVIA DE DAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
PUERPERAS
PRIMIPARAS CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	CON LACTANCIA MATERNA PRECOZ		SIN LACTANCIA MATERNA PRECOZ		TOTAL		<i>p</i>
NO	7	5,4	7	33,3%	14	9,3%	0,000
SI	123	94,6	14	66,7%	137	90,7%	
TOTAL	130	100%	21	100%	151	100%	

Fuente: Encuesta realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en puérperas primíparas con/sin inicio de lactancia materna precoz.

^a Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $P < 0,05$.

Aquellas madres puérperas que decidieron dar lactancia materna exclusiva a sus recién nacidos (94,5%) iniciaron la Lactancia Materna Precoz y con un nivel significativo ($p = 0,000$).

DISCUSIONES

Los resultados de este estudio mostraron una relación significativa entre el inicio de la lactancia materna y la edad de la madre siendo más alta entre las edades 19-25 y hay una menor proporción de inicio de la lactancia materna precoz entre las mujeres mayor de treinta y cinco años, solo un 7,7% han brindado lactancia materna precoz con un nivel de significancia de ($p=0.022$) mientras las que no iniciaron lactancia materna precoz 23,8% mostrando una relación significativa. Los resultados obtenidos por Tarrat se contrastan con el nuestro, mostrando que el inicio de la lactancia fue más alto para los niños nacidos de madres de 30 años de edad o mayores, con un nivel de educación más alto y el estudio realizado por Albernaz sus resultados se asemejan al nuestro, la Lactancia Materna Precoz se dio en mayor proporción en el grupo de madres menores de 30 años.^{18, 38, 28}

La lactancia materna no es sólo una forma de alimentar al niño sino que ayuda a establecer un vínculo entre la madre y el hijo. También la OMS menciona que un 35% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables.²³ Los datos de nuestro estudio encontramos que con respecto a la procedencia de la región selva hay una menor proporción que inicia lactancia materna precoz (7.7%) existiendo una relación significativa ($p = 0.022$). Esto podía deberse por algunas creencias y costumbres de esta región.²⁹

Sacristán Martin en sus resultados muestra el trabajo, como un factor limitador en el inicio de la Lactancia Materna. Los resultados de nuestro estudio se aprecia que el 76,2% de las puérperas tiene por ocupación ama de casa, de las cuales las que inician lactancia materna precoz son 78,5%.presentándose como un factor que favorece el inicio de la lactancia materna aunque pero no llego a tener una relación significativa²¹.

La relación con respecto a los programas de preparación para el parto se asocia significativamente con el inicio de lactancia materna precoz (0,004),

evidenciando que aquellas puérperas que asistieron a programas de preparación para el parto tienden a iniciar la lactancia materna precoz. Esto puede ser debido a que en estos programas se les informa y educa llegando a tomar conciencia en la madre. Este hallazgo se corrobora con el estudio de Crespiera ¹².

Las madres que recibieron orientación e información sobre la lactancia materna son las que más inician la lactancia materna precoz ya que ellas tendrán un pensamiento positivo hacia lactancia ya que conocerán sus beneficios e importancia, frente aquellas que no están orientadas e informadas creando una percepción negativa hacia la lactancia materna. En nuestro estudio esto se evidenció llegando a la misma conclusión que los resultados obtenidos por Vieira .¹⁶

El peso del recién nacido estuvo asociado al inicio de la lactancia materna en el estudio realizado por Bautista , pero en nuestro estudio no adquiere significancia, podría deberse a que la mayoría de los recién nacidos de nuestro muestra, cuyos pesos se encontraban en el rango de peso adecuado (2500 – 3999 gr) y por lo tanto no habían recién nacidos con bajo peso, ya que en los estudios mencionados, el bajo peso al nacer es un factor de riesgo para que no inicie la lactancia materna precoz por que necesitaría de cuidados especiales¹⁹.

A diferencia de otros estudios comentados entre ellos el de Yuko Nakao y Kazuhiko Moji, el contacto precoz no pareció influir con el inicio de la lactancia materna precoz, si bien es cierto el contacto precoz de la madre con su recién nacido genera ese vínculo afectivo permitiendo que se inicie la lactancia materna precoz, pero no tuvo significancia en nuestro estudio, podría deberse a otros factores que influyen negativamente¹⁷,

La estadía de la madre puérpera junto a su recién nacido inmediatamente después de su parto favorece que se inicie la lactancia materna precoz, ese resultado coincide con los obtenidos por Yuko Nakao y Kazuhiko Moji ²⁹.

El apoyo emocional que recibe una madre ya sea durante su trabajo de parto y después de este, beneficia que se sienta segura, apoyada y de esta manera pueda amantar a su hijo tranquilamente, ya que sabemos que en este periodo la mujer se encuentra susceptible, pero este apoyo emocional que se le brinda sería más efectivo si todo el personal asistencial que está a cargo de ella, brinde el apoyo incentivando a la lactancia materna. Pero en nuestro estudio no se encontró la influencia de este factor, tal vez como lo mencionamos, si recibieron apoyo emocional, pero no lo suficiente. Esto difiere los resultados obtenidos por Bosenbecker donde fue un factor que se asociaba.²⁷

El parto con acompañante se relacionó con el inicio de la lactancia materna precoz, esto difiere de los resultados obtenidos por Crespiera, tener un parto con acompañante no se asocia con el inicio de la lactancia materna precoz¹².

La decisión de dar lactancia materna exclusiva a sus hijos se asoció significativamente con el inicio de la lactancia materna precoz ($p = 0,000$), este factor predispone que los recién nacidos inicien precozmente la lactancia materna, este mismo resultado encontró Crespiera en su estudio.¹²

CONCLUSIONES

Los factores sociodemográficos que se asocian con el inicio de la Lactancia Materna Precoz, tenemos la edad y la procedencia.

Los factores relacionados con el embarazo, parto y postparto que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz son aquellas puérperas: que asistieron a los programas de preparación para el parto (47,7%) ($p = 0,004$), tuvieron información adecuada (69,2%) ($p = 0,001$), estuvieron junto a su recién nacido en Centro Obstétrico (93,8%) ($p = 0,007$), tuvieron parto con acompañante (53,1%) ($p = 0,037$) y la decisión previa de brindar lactancia materna exclusiva (94,5%) ($p = 0,000$).

RECOMENDACIÓN

- Viendo la importancia que tiene el Inicio de la Lactancia Materna Precoz en los primeros meses de vida, brinda numerosos beneficios para las madres y para los niños en los que esta práctica no está contraindicada; sin embargo, su inicio y continuación pueden verse afectados por varias condiciones maternas y del lactante. Resulta fundamental el rol del profesional de obstetricia en la promoción del inicio de la lactancia materna para fomentar la introducción de esta práctica y para la continuidad necesaria de las madres que amamantan, a fin de favorecer el desarrollo del niño y fortalecer el vínculo madre-hijo.
- Es de gran importancia el rol del profesional de obstetricia, brindar información integral, no solo a la mujer sino también a su entorno familiar y a la comunidad, acerca de la importancia del inicio de la lactancia materna y el de continuar con la lactancia materna exclusiva.
- Los factores que favorecen el inicio de la lactancia materna deben ser cuidadosamente vigilados y supervisados continuamente por el ente encargado a fin de velar por la continuidad de esta práctica que es la lactancia materna que evita la morbilidad y mortalidad de los niños.
- Como este estudio de investigación es descriptivo, se sugiere que los resultados obtenidos sean utilizados como base para estudios de mayor complejidad, con un mayor número de muestra, en las diferentes ubicaciones geográficas del país.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Yalom Marilyn. Historia del pecho. Barcelona: Tusquets; 1997.
2. OMS-La Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños-Declaración -15 de enero de 2011.
3. Pérez Díaz Norays. "Relación entre la duración de la lactancia materna exclusiva y la edad materna, escolaridad, conocimientos y estado emocional en el policlínico "hermanos cruz". Pinar del río, 2004."
4. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra: OMS; 1981. Disponible en: <http://www.ihan.es/publicacones/articulos/NLDP.pdf>.
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Innocenti sobre la protección, Promoción y Apoyo a la lactancia materna. Florencia: WHO; 1990 (acceso 11/04/2009). Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html.
6. Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: OMS; 1998 (acceso 11/04/2009). Disponible en: http://libdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf.
7. Hernández Aguilar MT, Martín-Calama Valero J. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Panamericana. 2008; 3: 25-32.
8. Dewey kg, Cohew Rj; Brown, et al. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trialsin Honduras. J Nutri, 2001, 131; 262.

9. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 55ª Asamblea Mundial de la Salud A55/15. Ginebra: OMS; 2002.
10. Proyecto de la Unión Europea sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de la lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, Luxemburgo, 2004 (acceso 11/04/2009). Disponible en: http://www.ihan.es/publicaciones/libros_manuales/BluePrint_ES.pdf.
11. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Innocenti sobre la alimentación del lactante y niños pequeños. Florencia; 2005 (acceso 13/04/2009). Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/nu/innocenti_spa_05.pdf.
12. Bruch Crespiera, María; Casas Baroy, Juan Carlos; Riba Travé, Teresa. "Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área rural del Lluçanès. Osona (Barcelona)" *Enferm Clin*. 2001; 11:7-12. - vol.11 núm. 02.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta demográfica de salud familiar (ENDES 2010). Lima 2010.
14. Hannon p. and Cols. African American and Latina Adolescent Mothers' infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. *Journal of adolescent health* 2000; 26: 399-407.
15. Hernán Villan U.Y Patricia Álvarez C. "Efecto a corto plazo del contacto precoz piel a piel sobre la lactancia materna en recién nacidos de término sanos". *Rev. Chl. Pediatr*. 64 (2); 124-128, 1993.

16. Vieira et al.: "determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian Population": Cross-Sectional Study. BMC Public Health 2010 10:760.
17. Nakao Yuko y kazuhiko Moji, Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women. international breastfeeding journal 2008, 3:1
18. Albernaz Elaine, Bosenbecker Regina Da Silveira, Miranda Zuccheto y Lucas. Factores asociados con la aparición de lactancia materna en una ciudad del sur de Brasil. 2008. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, 8 (1): 35-43, Jan. / Mar., 2008.
19. Leonelo E. Bautista." Factores asociados al inicio de la lactancia materna en mujeres dominicanas".Rev. Panam salud publica/pan am j Public Health 1(3), 1997.
20. Dee Deborah L, Grummer-Strawn Laurence M, Jones, Jessica R, Kogan Michael D. and Singh Gopal K; Factores asociados con la lactancia materna exclusiva análisis de factores que influyen en la implementación de la lactancia materna exclusiva. EEUU, abril del 2007 y julio del 2008. Pediatrics 2011; 128; 1117.
21. Am Sacristán Martin Y Je. Lozano Alonso." Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en castilla león. Rev. Pediatr aten primaria.2011; 13:33-46.
22. Setegn T, Gerbaba M Y Belachew. Determinants of timely initiation of breastfeeding among mothers in Goba Woreda, south east Ethiopia. 2010. BMC public health 2011 11:217.
23. Kok Leong Tan. "Factors associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in peninsular Malaysia. International breastfeeding journal 2011 6:2.

24. Cairo J. Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses y factores asociados en niños nacidos sanos. An Fac Med 2000; 61(3):193-200
25. M. Correa Rancel, E. Correa Rancel, D. Méndez Mora, A. Gimeno Gil, B. Correa Ceballos J.C. Alberto Bethencourt Estudio de comportamiento en la lactancia materna servicio de ginecología y obstetricia. hospital univ de canarias; hospital San Rafael, Madrid; Servicio de Ginecología Y Obstetricia Bscp Can Ped 2007; 31(1): 49-5
26. Leonelo E. Bautista. Factores asociados al inicio de la lactancia materna en mujeres dominicanas.
27. Lic. Iraida González Méndez Y Lic. Berenies Pileta Romero Lactancia materna Rev Cubana Enfermer 2002;18 (1):15-22
28. M. correa rancel, e. Correa Rancel, D. Méndez Mora³, A. Gimeno Gil, B. Correa Ceballos, J.C. Alberto Bethencourt. Estudio de comportamiento en la lactancia materna Servicio de Ginecología Y Obstetricia. Hospital Univ de Canarias; 2hospital San Rafael, Madrid; Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Univ. Ntra. Sra. De Candelaria. Santa Cruz De Tenerife. [bscp can ped 2007; 31(1): 49-54
29. Piper S.Parks Pj Predicting duration of lactation: evidence from national survey. birth 1996;23:7-12
30. Anderson Gc, Bergman N, Moore Er. Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. Revision Cochrane 2007
31. Diana Franco, Silvia Barcos, Laura Laubach, Elvira Germaná, Adelina García Childbirth And Breastfeeding: Background Information For Leader Applicants And Supporting Leaders April 2009 International la liga de la leche traducción y adaptación del texto al castellano: Junio 2010

32. Rivara dávila g, carlos miñano g, esteban gonzales m, falvy bockos i, farfán sam g, ferreira galliani m, et al. analgesia y otros beneficios del contacto piel a piel inmediato en recién nacidos sanos a término. *Revi Peru Pediatr.* 2006; 59:18-25.
33. Rosario Rodríguez Román Contacto piel con piel madre/ hijo con acompañamiento en cesáreas programadas: su efecto en la Lactancia Materna Exclusiva
34. Anderson Gc, Bergman N, Moore Er. Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. *Revision Cochrane* 2007.
35. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/lactancia.html>
36. Verónica Valdés L, Ximena Morlans H. Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2005;70(2):108-112.
37. *Rev. Chilena Pediatría* vol. 78 stgo. oct. 2007.
38. Roslyn C Tarrant, Katherine M Younger, Margaret Sheridan-Pereira, Martin J White and John M Kearney. La prevalencia y los factores determinantes de la iniciación de la lactancia y la duración de una muestra de mujeres en Irlanda. 2009. *Public Health Nutrition*: 13(6), 760–770.

ANEXOS



ANEXO A

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA –



2011

CUESTIONARIO

PRESENTACIÓN

Saludos cordiales; nuestro nombres son Jacqueline Quispecondori y Rosa Rivas, somos estudiantes de obstetricia de la UNMSM, el presente instrumento ha sido elaborado como parte de un trabajo de investigación con el objetivo Es importante y necesario que nos dé respuestas sinceras ya que el estudio de esta investigación servirá para ayudar a otras madres puérperas sobre la lactancia materna y así desarrollar programas educativos. Le aseguramos que la información que nos dé será de carácter anónimo y confidencial. Agradecemos anticipadamente su colaboración.

I.- FACTORES RELACIONES CON LA MADRE: SOCIODEMOGRAFICOS

1. Edad que tiene
 - a) De 19 - 25
 - a) De 25 – 35
 - b) Más de 35
2. Procedencia
 - a) Costa
 - b) Sierra
 - c) Selva
3. Grado de instrucción
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Superior

4. Ocupación
 - a) Trabajo remunerado
 - b) Ama de casa
 - c) Estudiante.
5. Estado civil
 - a) soltera
 - b) Casada
 - c) Relación estable

II.- FACTORES RELACIONADOS CON EMBARAZO Y PARTO Y POST PARTO

6. Acudió a programas para preparación para el parto.
 - a) Si
 - b) No
7. Recibió información sobre lactancia materna en el embarazo y/o tras el parto.
 - a) Si
 - b) No
8. Le colocaron analgesia de parto
 - a) Si
 - b) No
9. Tipo parto:
 - a) Eutócico,
 - b) Distócico.
10. Peso al nacer del recién nacido
 - a) Menor de 2500 gr
 - b) 2500 – 3999gr
 - c) Mayor o igual a 4000gr
11. Puso a hijo al pecho inmediatamente después del parto
 - a) Si
 - b) No
12. Estuvo junto a su recién nacido durante su estadía en central de partos.
 - a) Si
 - b) no

13. Recibió apoyo emocional tras el parto:

- a) Si
- b) No.

14. Tuvo un parto con acompañante:

- a) Si
- b) No

15. Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el inicio de la succión (en minutos).

- a) Dentro de la 1º hora.
- b) mayor de 1º hora

16. Le pensaba dar leche materna exclusiva a su hijo

- a) Si
- b) No

ANEXO B

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES /APODERADOS Y
MAYORES DE EDAD**

Yo.....con DNI.....

Expreso mi voluntad de participar y/o que mi hija o apoderada participe en la investigación titulada:” Determinar el nivel de Conocimiento y la práctica Sobre lactancia materna Exclusiva en puérperas Primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal” y manifiesto que:

- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He comprendido que la investigación es de carácter confidencial

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

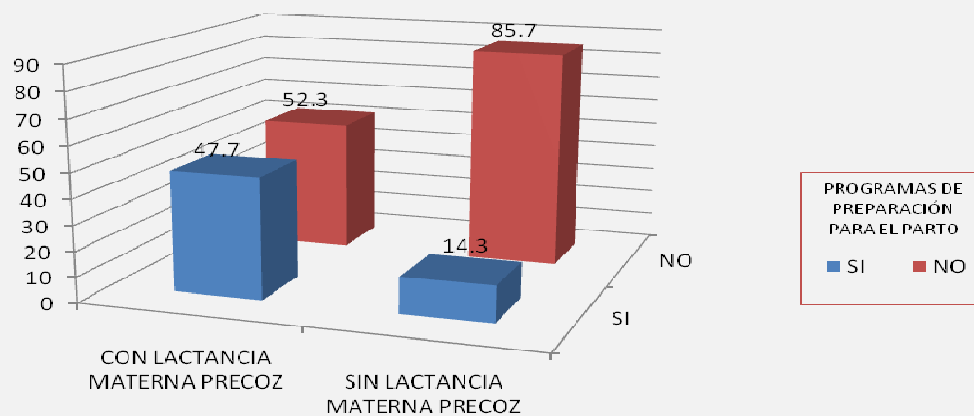
Presto libremente mi conformidad para participar de este estudio de investigación

Firma del participante:.....

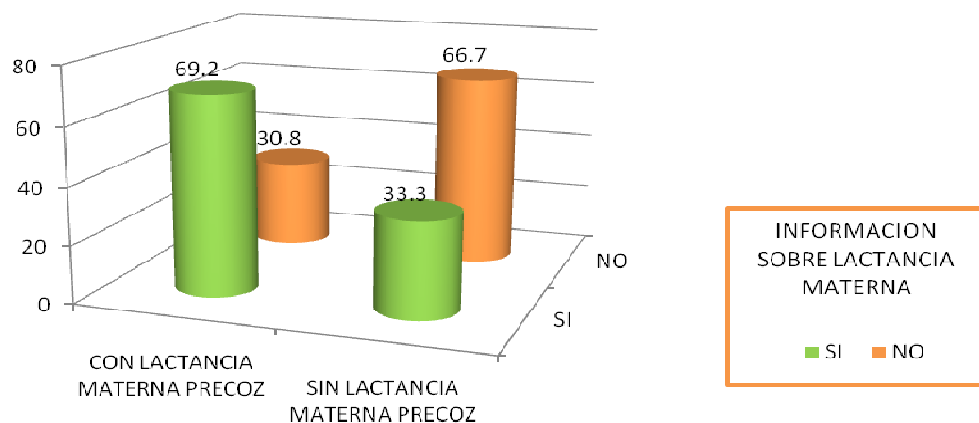
Fecha:.....

Día /mes/año

**GRÁFICO 1: PROGRAMAS DE PREPARACION PARA EL PARTO EN
PUERPERAS PRIMIPARAS CON/SIN LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**



**GRÁFICO 2: INFORMACION SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS
PRIMIPARAS CON/SIN LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**



**GRÁFICO 3: ANALGESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PUERPERAS PRIMIPARAS CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**

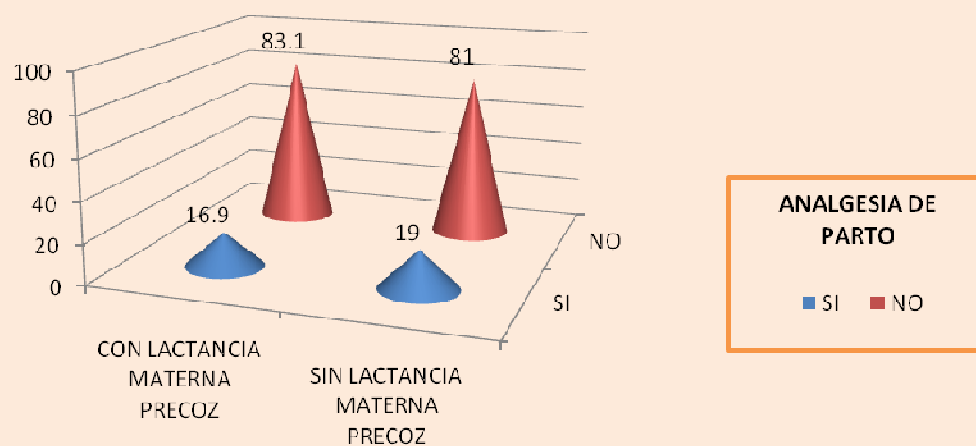
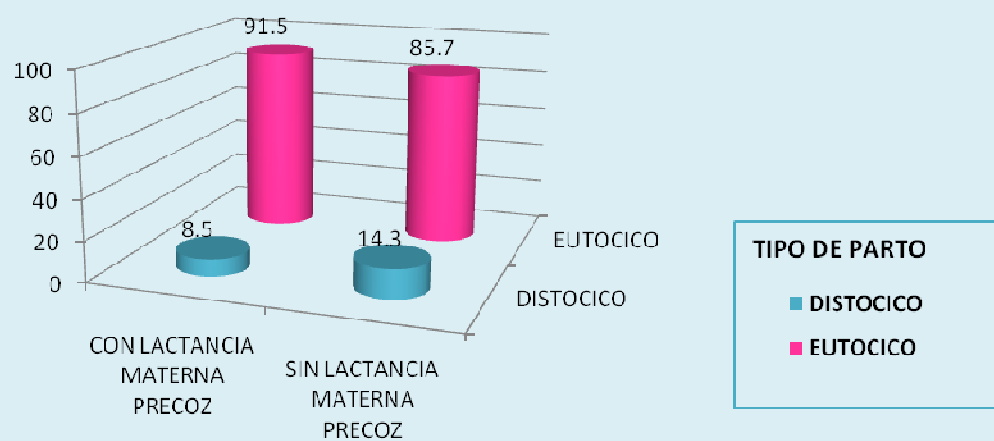
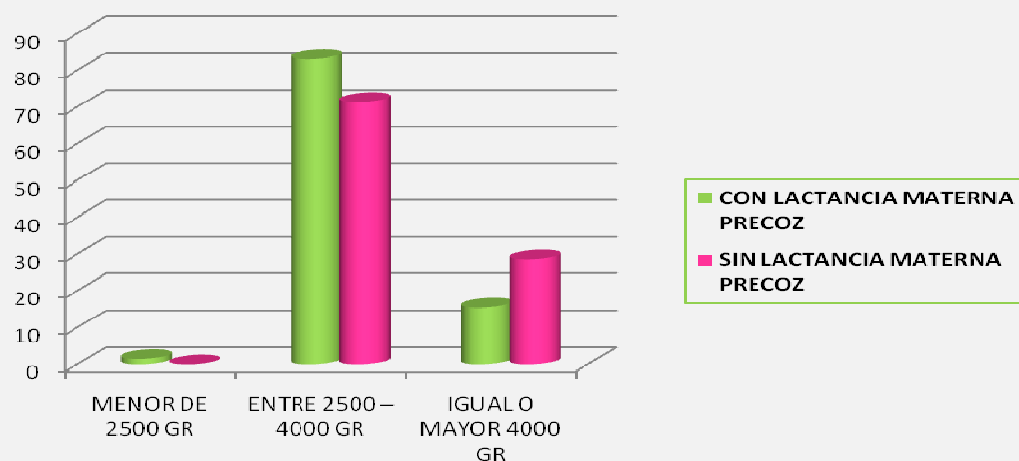


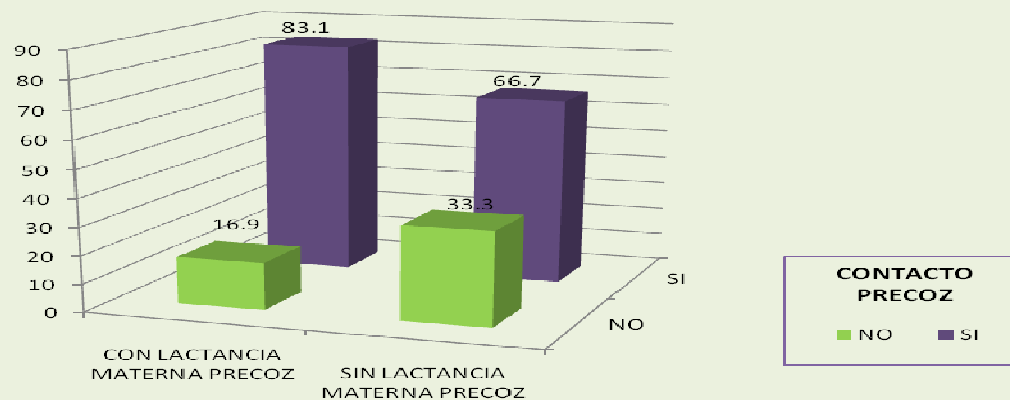
GRÁFICO 4: TIPO DE PARTO EN PUERPERAS PRIMIPARAS CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012



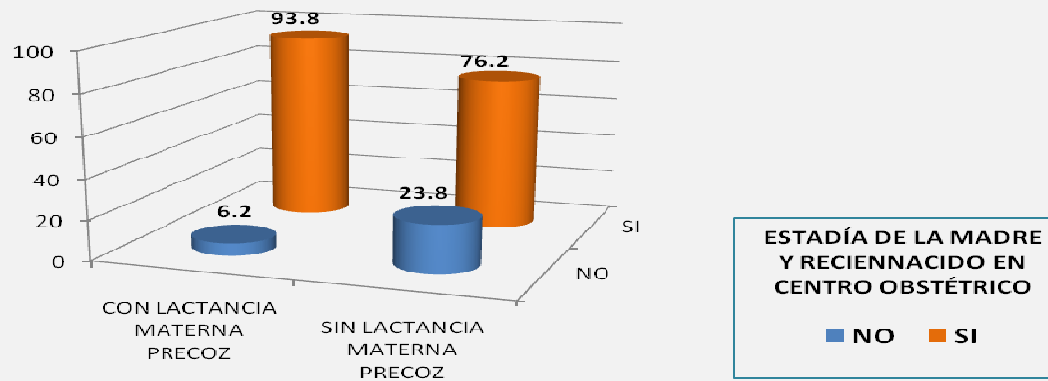
**GRÁFICO 5: PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUERPERAS PRIMIPARAS CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**



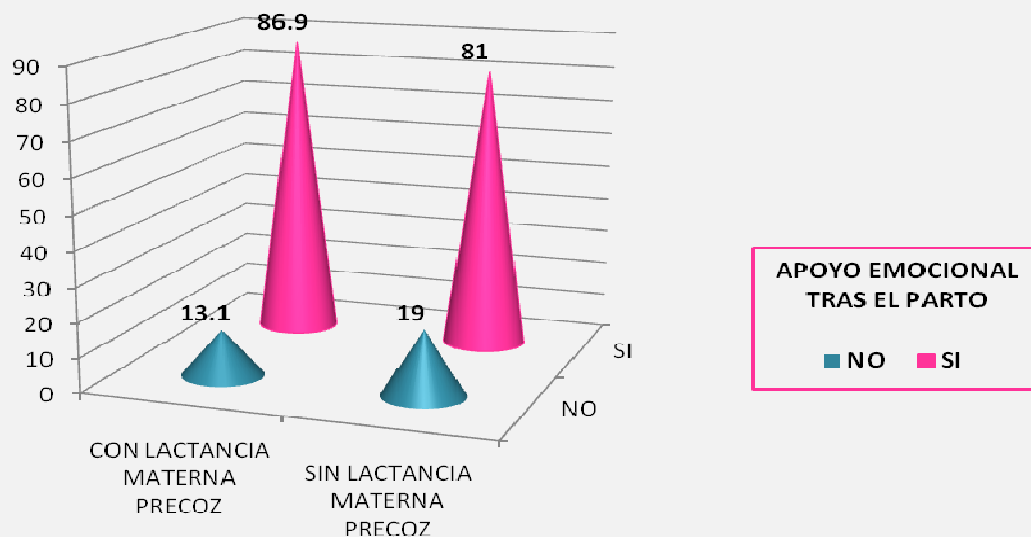
**GRÁFICO 6: CONTACTO PRECOZ DEL RECIÉN NACIDO EN PUERPERAS PRIMIPARAS CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**



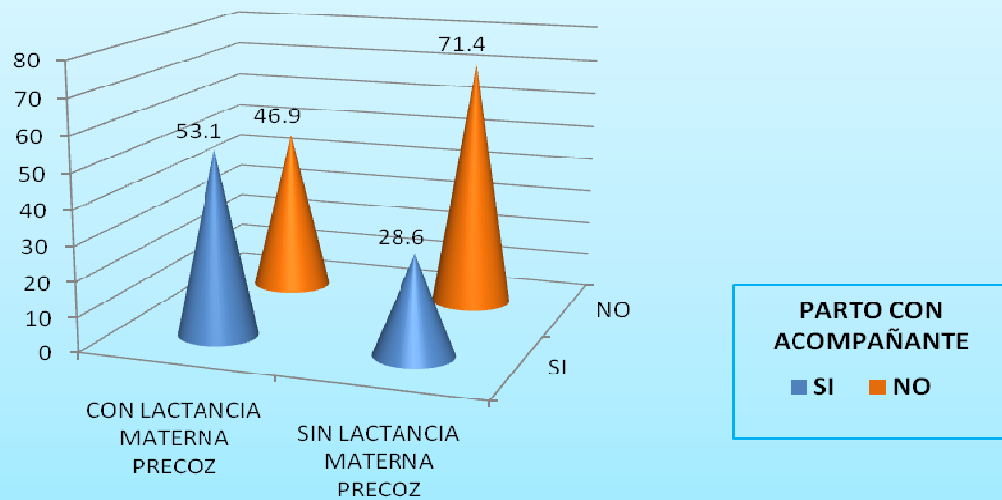
**GRÁFICO 7: ESTADÍA DE LA MADRE Y RECIEN NACIDO EN CENTRO OBSTÉTRICO EN PUERPERAS PRIMIPARAS CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**



**GRÁFICO 8: APOYO EMOCIONAL TRAS EL PARTO EN PUERPERAS PRIMIPARAS CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**



**GRÁFICO 9: PARTO CON ACOMPAÑANTE EN PUERPERAS PRIMIPARAS
CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**



**GRÁFICO 10: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PUERPERAS PRIMIPARAS CON/SIN INICIO DE LACTANCIA MATERNA PRECOZ
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
NOVIEMBRE 2011-ENERO 2012**

